DE LA
MAMMITE TYPHOÏDIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 3 mai 1907

PAR

Pierre-Jules SOULIER

Né à Clavières (Cantal), le 12 février 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER
IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS
Rue Vieille-Intendance, 5

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻), Doyen.
TRUC, Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale.	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Thérapeutique et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies ment. et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et Appareils.	ESTOR.
Microbiologie,	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.).
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, de ROUVILLE.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards..	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe......	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.......	N.
Clinique gynécologique.......	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.......	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.........	MOURET, agrégé libr.

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
GALAVIELLE.	JEANBRAU.	GAGNIERE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. IZARD, *Secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *président.*
de ROUVILLE, *professeur adjoint.*
VIRES, *agrégé.*
SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

P.-J. SOULIER.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur CARRIEU

Hommage de mon profond respect
et de ma reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES

P.-J. SOULIER.

AVANT-PROPOS

L'idée de ce travail nous a été suggérée par notre ami, Monsieur P. Guiraud, chef de clinique médicale, à propos d'une fièvre typhoïde dont nous avons suivi ensemble l'évolution avec un intérêt particulier, parce qu'elle présenta une complication rare de cette maladie, une mammite double. Monsieur le professeur Carrieu approuva ce choix de faire de l'étude de cette complication le sujet de notre thèse.

Nous diviserons notre travail en 7 chapitres :

1° Historique.
2° Etiologie.
3° Pathogénie.
4° Etude clinique.
5° Pronostic et traitement.
6° Observations.
7° Conclusions.

Mais avant de quitter cette Faculté, il nous reste des devoirs à remplir.

Monsieur le professeur Carrieu nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. A ce maître éminent nous devons exprimer notre grande et respectueuse reconnaissance pour la bienveillante sympathie qu'il nous a témoignée pendant les années passées dans son service. C'est à lui que nous devons les notions cliniques que

nous possédons. Qu'il nous permette de lui dire que son souvenir restera ineffaçable dans notre mémoire.

Nous avons apprécié la valeur et l'amabilité de Monsieur le professeur agrégé Vires ; qu'il veuille bien agréer l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Que Monsieur le professeur agrégé Soubeyran accepte l'hommage de notre gratitude.

Nous remercions tous nos maîtres de la Faculté de l'enseignement qu'ils nous ont prodigué.

Monsieur P. Guiraud, chef de clinique médicale, ne nous a pas ménagé ses conseils au cours de ce travail. Il a de plus mis à notre disposition une observation intéressante. Nous lui en sommes profondément reconnaissant, et le prions de croire à notre meilleure amitié.

Monsieur Roger, interne des hôpitaux, nous a communiqué une observation précieuse. Nous lui adressons nos remerciements, et nous rendons hommage à son amabilité et à sa courtoisie.

Nous suivons et nous précédons dans la carrière médicale d'excellents camarades dont nous avons gardé et dont nous garderons un affectueux souvenir. Que tous croient à nos sentiments inaltérables.

DE LA

MAMMITE TYPHOÏDIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La fièvre typhoïde a fait l'objet de très nombreux travaux; ses complications graves autant que fréquentes sont aujourd'hui fort connues et nous en possédons des études fort complètes. A côté des complications qui sont de son cortège habituel, on en a signalé d'autres bien moins fréquentes, ayant une moindre influence sur son évolution et sur sa terminaison; ce sont les affections morbides qui peuvent atteindre les différentes glandes de l'organisme au cours ou dans la convalescence de la dothiénentérie. Ce sont par ordre décroissant les retentissements de cette maladie sur les glandes salivaires, surtout la parotide, la glande thyroïde, le pancréas et le testicule.

Le processus aboutit ou à la résolution ou à la suppuration. Mais il est une glande qui moins que les autres est le siège de phénomènes d'inflammation dans la fièvre typhoïde. Les circonstances d'apparition et d'évolution de ces phénomènes morbides sont à peu près identiques. C'est la glande mammaire,

L'étude du retentissement de la fièvre typhoïde sur elle n'a fait jusqu'ici l'objet d'aucun travail, si ce n'est la thèse de M. Hanriot de Nancy (1904). A cette étude, qui contient 20 observations, nous apportons 4 observations nouvelles : l'une prise dans le service de M. le professeur Carrieu, l'autre dans celui de M. le professeur Grasset, celle-ci particulièrement intéressante à cause de l'analyse bactériologique du pus qu'on en retira par une incision ; la troisième, observation de Lichtheim, rapportée par Tavel «Uber die Etiologie der Strumitis Bal, 1892, p. 8 : Mammite et thyroïdite post-typhique», est passée jusqu'ici inaperçue parce qu'elle a été publiée à l'occasion d'une autre complication concomitante, une thyroïdite ; le quatrième cas nouveau est un abcès pyohémique du sein observé par Hening et signalé par Delbet et Le Dentu dans leur traité de chirurgie sans aucun développement.

Les faits précis et les détails nombreux que nous fournissent nombre de ces observations, ceux que nous avons constatés nous-mêmes en suivant les malades dont nous relatons plus loin les diverses phases de la maladie, nous permettront de faire un exposé suffisant de cette rare complication de la fièvre typhoïde.

C'est à une époque relativement récente (1874) que Leudet, directeur de l'Ecole de médecine et professeur de clinique médicale à Rouen, fait le premier mention de la tuméfaction du lobule du sein au cours de la fièvre typhoïde.

En dix ans il a pu observer chez des femmes de son service cinq cas de mammite qui guérirent rapidement et sans suppuration.

Chez deux de ses malades, il s'était produit une hémorragie utérine, chez une autre une épistaxis assez abondante pour exiger le tamponnement des fosses nasales ; chez une quatrième enfin une hémorragie intestinale. On comprend fort

bien que sur cinq cas, quatre d'entre eux présentant des hémorragies, Leudet fut amené naturellement par cette coïncidence à voir une relation entre la mammite et une disposition de ses malades à faire des hémorragies. Aussi conclut-il «que le gonflement du sein qui apparaît à une époque avancée des fièvres typhoïdes diffère des lésions de la rate et du foie ; qu'il n'appartient pas à une épidémie et a pour intermédiaire une congestion de l'appareil utérin, ou au moins une disposition hémorragique ; qu'il n'offre aucune gravité et guérit spontanément».

A l'heure actuelle, nos traités français de pathologie ne font que reproduire l'opinion de Leudet. «On a signalé, dit Chantemesse dans le traité de médecine publié sous la direction de Bouchard et Brissaud, des poussées fluxionnaires au niveau des seins, même chez des femmes n'étant pas en état de lactation». Leudet.

Dans le traité de médecine et de thérapeutique publié sous la direction de Brouardel et Gilbert (1905), on lit : «La tuméfaction des lobules du sein chez la femme au cours de la fièvre typhoïde a été indiquée pour la première fois par Leudet. Elle semble se faire surtout au déclin ou dans la convalescence, est uni ou bilatérale, n'offre aucune gravité et guérit spontanément».

Dans le tout récent précis de pathologie interne de Balthazar, Cestan, Claude, Macaigne, Nicolas et Verger, on ne fait aucune allusion à cette complication de la fièvre typhoïde.

Le professeur Curschmann de Leipzig, dans le traité de pathologie médicale de Nothnagel (Vienne), considère la mammite au cours de la fièvre typhoïde comme très rare ; il en cite deux cas chez des jeunes gens, et pense que la rareté de cette complication est plus apparente que réelle. Il estime que des cas de mammites typhoïdiques passeraient ina-

perçus par suite du peu de douleur et du peu de gravité d'une localisation qui n'attirerait pas plus l'attention du malade que du médecin.

Wallin (Bulletin de la Société clinique de Paris, 1877), dans un rapport au sujet d'une orchite et d'une parotidite au cours de la fièvre typhoïde, mentionne un cas de mammite.

Destrée (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Bruxelles, 1891) en rapporte deux cas chez des hommes âgés, l'un de 26, l'autre de 37 ans. Ces deux derniers auteurs ne font que les signaler sans en donner aucune description clinique.

Sur un total de 3171 cas de fièvre typhoïde, Scheele (Statistick des typhus. Sect. Munich, 1885), Sorel (Bull. et Mémoire Soc. méd des hôpitaux de 1889), Holscher (Münchner Med. Vohen f. 1891) n'ont observé ou du moins ne signalent aucun cas de mammite typhique. Berg (Deut. archiv. f. Klinic. Med., 1895), dans une statistique de 1626 cas de fièvre typhoïde, signale 4 mastites, 9 parotidites, 1 orchite.

Le professeur Fornaca de Turin (Riforma Medica, 1900) a observé dans son service un cas de mammite non suppurée. Pour lui, «l'agent pathogène exclusif de cette complication est le bacille d'Eberth, auquel viendra s'associer quelquefois et dans des circonstances spéciales le microbe commun de la suppuration.

Le professeur Thomas Mac Crae (John Hopkins Hosp. Bull. Baltimore, 1902) rapporte trois autres cas de mammite. Il fait à ce sujet une étude de cette affection et conclut qu'il y a suppuration dans à peu près la moitié des cas avec présence de bacille typhique ou de staphylocoque.

Citons Delgrange (Journal des sciences médicales de Lille, 1880), Charlotte West (The Philadelphia Polyclinic, 1898), Capellari (Corriere sanitario. Milano, 1900), Davis Patterson

et Hewlett (American Journal of. Med. Sc., 1901) ainsi que Conkey (British Med. Journal, 1902) qui ont observé dans leurs services des cas de mammite chez des femmes et qui les publient sans les commenter. Enfin Hening a signalé le cas d'un abcès pyohémique du sein au cours de la fièvre typhoïde. Il est rapporté par Delbet et Le Dentu dans leur traité de chirurgie ainsi que par Duplay et Reclus. Par conséquent les cas de mammites typhiques sont peu nombreux. La littérature médicale n'en possède que 20. Nous sommes donc heureux de pouvoir signaler dans notre travail 4 nouvelles observations dont l'intérêt réside autant dans la rareté que dans l'analyse bactériologique qui complète l'une d'elles. De ces 24 observations nous essayerons de tirer un aperçu étiologique d'abord, pathogénique et enfin clinique de la mammite typhoïdique.

Nous croyons que notre travail aura son utilité en attirant l'attention sur une question jusqu'ici peu connue et contribuera dans une modeste mesure à parfaire les connaissances relatives aux complications si multiples qui peuvent survenir dans le cours et pendant la convalescence de la dothiénentérie.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Quelles sont les circonstances qui favorisent le développement de la mammite au cours de la dothiénentérie ?

Faisons tout d'abord remarquer que la glande mammaire, rudimentaire chez l'homme, n'ayant à remplir aucune fonction, ne passant pas comme chez la femme par des phases de congestion et d'hypertrophie, est infiniment moins exposée aux complications de la fièvre typhoïde. Nous possédons 19 cas de mammite chez la femme, 4 seulement chez l'homme, le cas d'Hening n'indiquant pas le sexe. Les 4 cas observés chez l'homme sont ceux de Destrée (Observations XIII et XIV) et les deux cas de Curschmann (Observations XV et XVI). Encore faut-il faire observer que ces 4 observations manquent de précision et de développement, qu'elles sont relatées incidemment par leurs auteurs sans s'y arrêter plus longuement. Dans deux de ces cas, l'analyse bactériologique du pus qu'on en retira fut pratiquée (ce sont les cas de Destrée) : on trouva du staphylocoque pyogène doré. Il est donc possible et il est même probable que ces mammites typhoïdiques n'aient été que de simples collections sous-cutanées ou cutanées, comme on en observe si fréquemment au cours de la dothiénentérie, et il est permis de penser que le tissu glandulaire n'a été le siège d'aucune inflammation. Laissons donc de côté l'étiologie de ces cas exceptionnels et ne nous occupons que de celle de la mammite typhique chez la femme.

Elle s'observe chez des malades de 15 à 42 ans. Cette particularité s'explique aisément. D'abord la dothiénentérie frappe surtout les personnes jeunes; de plus, cette période

comprise entre 15 et 42 ans ne correspond-elle pas chez la femme au maximum d'activité fonctionnelle de la glande mammaire ?

Contrairement à l'opinion de Hanriot qui n'attache aucune importance étiologique aux variations fonctionnelles de la glande mammaire, cette notion d'hypérémie dont elle est le siège à l'occasion des règles, et surtout de la grossesse et de l'allaitement, nous paraît très importante.

Sur 19 observations de mammites typhoïdiques, une fois la malade était au quatrième mois de sa grossesse (obs. VI), sept fois elle avait allaité peu de temps auparavant (10 mois au maximum), et une fois elle n'avait pas allaité son enfant.

Dans l'observation de P. Guiraud, l'influence de l'allaitement est manifeste, puisque la malade sèvre son enfant au début de la fièvre typhoïde et que moins d'un mois après, apparaît la mammite.

Indépendamment de cette influence des grossesses et allaitements antérieurs, le développement de la glande peut prédisposer à la mammite comme son activité fonctionnelle. Deux jeunes filles, l'une de 15 ans (obs. XVIII, Cappellari), l'autre de 17 ans (obs. XVII, Ch. West), ont fait de la mammite au cours de la dothiénentérie. N'est-ce pas, peut-être, parce que leur glande mammaire,en voie de développement physiologique, offrait une moindre résistance à l'infection comme les épiphyses des adolescents aux staphylocoques ?

La même explication pourrait s'appliquer à une jeune fille de 23 ans (obs II, Leudet), réglée seulement à 19, encore en voie par conséquent de formation sexuelle.

Pour 6 malades nous ne trouvons aucune raison de localisation au sein. Mais nous ferons remarquer que dans leurs observations, il n'est fait aucune mention de leurs antécédents gynécologiques et obstétricaux.

Par conséquent le développement ou l'activité fonctionnelle de la glande mammaire au cours de la dothiénentérie ne suffit pas à produire la mammite qui est exceptionnelle, mais ce sont là des causes prédisposantes importantes.

Ici un rapprochement s'impose : la comparaison entre la mammite et l'orchite typhiques.

Comme la mammite, l'orchite au cours de la fièvre typhoïde est rare : la littérature médicale n'en possède que 65 cas (thèse de Cholet, Paris 1901). Elle s'observe de préférence chez les jeunes sujets de 16 à 30 ans ; au delà elle est plus exceptionnelle. Elle apparaît aussi surtout au déclin de la maladie ou au début de la convalescence. Les terminaisons comme dans les mammites en sont variables, la plus ordinaire est la résolution avec guérison complète. La suppuration a été notée dans certains cas. Le bacille d'Eberth qui, comme nous le verrons plus loin, dans le chapitre de pathogénie est dans la plupart des cas l'agent pathogène des mammites, est aussi celui des orchites.

La thèse de Cholet, qui résume l'histoire de l'orchite typhoïdique, attribue dans l'étiologie de cette affection une grande part à l'hypérémie du testicule au déclin de la fièvre typhoide et au commencement de la convalescence.

En effet, pendant toute la période d'état de la fièvre, la glande séminale est pour ainsi dire endormie, comme le sont la plupart des glandes ; l'organisme s'est épuisé pour combattre le poison typhique. Il y a insuffisance de la nutrition, l'organisme est affaibli, ses glandes auxquelles le sang n'arrive qu'imparfaitement en qualité et en quantité ne sont point en état convenable pour accomplir leur travail physiologique.

Il se passe quelque chose d'analogue du côté de l'utérus, où d'après les observations de Hérard, de Raciborski, de Gubler, etc. (Dictionnaire encyclopédique des Sc. méd., art.

menstruation), le flux menstruel vrai ne se manifeste ordinairement pas quand la maladie a débuté environ une semaine après son apparition. Il y a donc le plus souvent chez la femme aménorrhée au cours de la dothiénentérie. Il est probable qu'il y a de même aspermie chez l'homme.

Mais au moment de la convalescence, quand les altérations qu'a subies la nutrition se réparent, il se produit au niveau de toutes les glandes un travail congestif accompagnant leur sécrétion, un appel sanguin entraînant les germes pathogènes et déterminant des phénomènes morbides. Ce mode d'action des germes se rapprocherait du processus qui aboutit à la mammite chez le nouveau-né et à la puberté.

De ces considérations nous pouvons conclure que la mammite typhoïdique présente de grandes analogies avec l'orchite de même nature, et nous ne croyons pas être dans l'erreur, en prétendant que l'orchite au cours de la fièvre typhoïde chez l'homme est ce qu'est la mammite chez la femme durant cette même maladie.

Pour résumer l'étude étiologique de cette affection, nous dirons que de l'étude approfondie de toutes les observations que nous rapportons, il ressort que la mammite typhoïdique est cinq fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; que chez la femme elle est plus spécialement en rapport avec le développement fonctionnel de la glande mammaire, que ce développement fonctionnel dépend des grossesses ou des allaitements plus ou moins récents, ou de l'hyperactivité physiologique dont cette glande est le siège au cours de la puberté.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Quel est ou quels sont les agents pathogènes de ces inflammations et de ces suppurations ? Quelles sont leurs voies d'accès à la glande mammaire ?

Il est nécessaire de diviser nos observations en deux groupes : le groupe des mammites qui n'ont pas passé à la suppuration, et celui des mammites suppurées.

Les cas de mammites non suppurées sont au nombre de dix. Mais il est deux cas, celui de Davis Patterson et Hewlett (obs. XIX) et celui de Fornaca (obs. X) qu'on pourrait indifféremment ranger dans l'un ou dans l'autre groupe. Dans le premier en effet, Davis Patterson et Hewlett observèrent une mammite double ; l'une suppura, l'autre se termina par résolution. Cette observation, comme nous allons le voir, éclaire singulièrement la pathogénie des mammites non suppurées.

Dans le second, Fornaca retira par la ponction exploratrice quelques gouttes de liquide séro-purulent. Or le cas de mammite qu'il rapporte ne suppura pas.

Dans les cas de mammites non suppurées, il semble à première vue qu'il soit difficile de déterminer à quels microorganismes on a affaire.

La mammite évoluant au cours ou dans la convalescence

de la dothiénentérie, il est tout naturel de penser que l'infection de la mamelle est due au bacille d'Eberth.

La notion du pouvoir inflammatoire de ce bacille est aujourd'hui nettement définie. Des faits cliniques très nombreux sont venus confirmer cette théorie que le bacille d'Eberth est capable de déterminer des poussées inflammatoires, non seulement dans le cours de la fièvre typhoïde, mais encore à des époques éloignées de la maladie. Cette notion du pouvoir inflammatoire a été expérimentalement établie par Colzi, Orloff, Michon, Gasser, Gilbert, Sanarelli, etc. Les recherches biologiques ont montré que le bacille d'Eberth était responsable des manifestations suivantes : angiocholite, cholécystite, orchite, thyroïdite et surtout ostiopériostite, survenant au cours de la dothiénentérie.

Il est de même établi aujourd'hui que le bacille d'Eberth se trouve dans le sang des typhiques d'une façon constante. «J'ai toujours retrouvé le bacille d'Eberth dans le sang de mes malades. Il y existe de très bonne heure. Dans les rechutes il peut manquer ou disparaître. Les bacilles du sang sont virulents, classiques ». Courmont.

Il est donc possible au bacille d'Eberth de déterminer des phénomènes inflammatoires. L'observation de Davis Patterson et Hewlett (XIX) et celle de Fornaca (X) prouvent que ces inflammations peuvent se localiser sur la glande mammaire.

Dans la première, les deux auteurs américains observent au 39me jour de la maladie l'apparition d'une mammite dans le sein gauche qui devient douloureux et se met à gonfler vers le 41me jour. Le lendemain le sein droit devient sensible à la pression. Le gonflement et la douleur du sein gauche augmentent. Le 51me jour, il y a de la fluctuation, et une ponction aspiratrice fournit du pus. Le sein droit est très tendu et très dur. L'ouverture de l'abcès du sein gau-

che est faite le 51[me] jour et l'on recueille 150 cc. de pus. La guérison survient sans incident et l'engorgement du sein droit disparait graduellement. *Dans les cultures faites avec le pus de l'abcès du sein, on isola le bacille d'Eberth.*

Ainsi, voilà une mammite double à évolution concomitante ; l'une, la gauche, suppure ; l'autre, la droite, déterminant une douleur intense, une dureté très grande et une forte tension de ce sein droit se termine par la résolution. Dans le pus fourni par l'incision de la mammite gauche on trouve le bacille d'Eberth. Il est alors bien improbable que la mammite droite, qui a présenté des phénomènes inflammatoires intenses, ait été due à un microorganisme autre que le bacille d'Eberth.

L'observation de Fornaca n'est pas moins concluante. Le 39[e] jour, la malade, entrée en convalescence depuis 3 jours avec une température presque normale, accuse tout à coup une douleur dans le sein droit qui augmente rapidement de volume. Le lendemain, 40[e] jour, on constate une tuméfaction de la grosseur d'une orange au sein droit. Fornaca eut l'heureuse idée de faire une ponction exploratrice dans le point où la tumeur se montrait moins résistante. L'aiguille rencontra une résistance notable en s'enfonçant dans les tissus ; une première aspiration avec la seringue donne un résultat négatif. Déplaçant l'aiguille et retirant un peu la seringue pendant qu'il continue l'aspiration, Fornaca obtient trois gouttes d'un liquide séro-purulent que l'on mit en culture dans un tube de bouillon ordinaire. Deux jours après la ponction, la tuméfaction diminue, mais les jours suivants elle augmente de nouveau, et la douleur devient plus vive. Après quinze jours, le volume du sein droit est triple de celui du gauche. Dix jours après, le sein droit est revenu à son volume primitif, bien que présentant encore une légère induration.

L'analyse bactériologique du liquide séro-purulent retiré *par la ponction ne montra qu'un seul microorganisme, le bacille d'Eberth.* A noter que pendant les derniers jours de la période fébrile, la malade eut trois furoncles à la région trochantérienne, tous trois dus au staphylocoque pyogène doré.

Voilà donc une seconde mammite qui ne suppure pas, qui ne se transforme pas en abcès, et qui est due au seul bacille d'Eberth, et la malade présente des furoncles dus au staphylocoque doré. Il serait malaisé de contester, après un cas si concluant, la nature éberthienne de la mammite typhoïdique non suppurée.

Par conséquent, le rôle inflammatoire du bacille d'Eberth étant connu, les observations de Fornaca, de Davis Patterson et Hewlett étant bien faites pour entraîner la conviction à ce sujet ; d'autre part la présence dans le sang du bacille d'Eberth au cours de la fièvre typhoïde étant constante, il semble que nous pouvons définir exactement le rôle pathogène de ce bacille que nous considérons comme cause unique de la complication mammaire dans les cas non suppurés.

Il est de règle que l'agent d'inflammation devienne par le fait même agent de suppuration. Pour le bacille d'Eberth, Colzi, Orloff, Michon, Gasser, Gilbert, etc., l'ont démontré en des expériences nombreuses. On n'a à ce sujet qu'à consulter la thèse de Florange (Paris 1902) qui traite la question d'une façon complète. L'observation VIII de notre travail relate le fait d'une périchondrite suppurée, dans le pus de laquelle on trouve le seul bacille d'Eberth. Le pouvoir pyogène est donc une des propriétés du bacille typhique.

De fait, les analyses bactériologiques qui ont été faites dans trois cas de mammites suppurées, avec le liquide purulent qu'on en retira, montrent que deux fois on isola le

bacille d'Eberth (cas de Davis Patterson et Hewlett, obs. XIX et cas de Mac Conkey, obs. XX), et une fois enfin, cas de M. Roger (Obs. XXIII), un bacille incomplètement déterminé, mais qui semble appartenir au groupe des paratyphiques.

Dans deux cas, par conséquent, le bacille d'Eberth a un rôle pathogène et pyogène évident. On ne peut se prononcer sur le troisième.

Dans deux autres, cas, l'examen bactériologique fut pratiqué egalement. Ce sont les deux cas de Destrée (obs. XIII et XIV). Il donna des résultats différents : les deux fois on trouva du staphylocoque doré seul. Mais, nous avons déjà remarqué que ce sont des cas spéciaux, puisqu'il s'agit de mammites typhoïdiques développées chez l'homme et on peut supposer qu'il s'agissait tout simplement d'abcès sous-cutanés plutôt que glandulaires. Ces deux observations de Destrée et les deux de Curschmann (XV et XVI) sont les seules qui signalent des mammites typhoïdiques chez l'homme.

Nous aurions voulu posséder des détails cliniques nombreux. Nous ne pouvons que reproduire les quelques notes de Destrée et Curschmann. Ce dernier ne fait même pas mention de l'évolution des deux mammites qu'il observa.

L'examen bactériologique fut encore pratiqué dans le cas de Thomas Mac Crae (Observ. XXI). Il décela la présence du staphylocoque blanc.

Il existe six cas de mammites suppurées pour lesquels il n'a pas été fait d'examen bactériologique.

Il résulte de cette étude d'ensemble que la mammite suppurée au cours de la dothiénentérie n'a pas pour cause un agent spécifique : le bacille d'Eberth. Deux fois on retrouve ce bacille, deux fois le staphylocoque doré, une fois le staphylocoque blanc, une fois, probablement un paratyphique.

Il serait pent-tre juste de faire une distinction et de considérer comme abcès glandulaires les mammites à bacille d'Éþerth et comme simples suppurations cutanées ou sous-cutanées les mammites dans lesquelles on n'a trouvé que les microbes pyogènes vulgaires, que ces dernières surviennent sur l'homme ou chez la femme.

Quelle est la voie suivie par ces microorganismes pour arriver jusqu'à la glande mammaire ?

Il faut envisager séparément les mammites éberthiennes et les mammites staphylococciques.

Puisque la présence du bacille d'Eberth dans le sang au cours de la fièvre typhoïde est la règle, ce bacille peut se trouver dans les vaisseaux de la glande mammaire comme dans tout autre et il est tout naturel de penser que la voie suivie est la voie sanguine.

Hanriot rejette cette voie d'infection. Un tel processus, prétend-il, implique l'idée d'une véritable septicémie ou pyohémie aboutissant à une localisation le plus souvent unique : la mammite. Il comporterait, cependant, des symptômes généraux graves que l'on ne note pas d'habitude. La voie d'entrée pour lui est la voie cutanée. Il y aurait d'abord galactophorite, puis les germes cheminant à travcrs les canalicules, inflammation consécutive du parenchyme de la glande. La mammite relèverait de l'infection ascendante comme la parotidite.

Il est bien difficile de comprendre cette voie d'accès des germes à la glande mammaire pour les mammites éberthiennes. Un tel mode d'infection exigerait que le bacille typhique vive à la surface des téguments. Ce n'est pas là son habitat. De plus la mammite typhique se révèle à la palpation sous la forme d'un noyau profond, induré, sur lequel la.peau est mobile. On ne signale pas de cas de galactophorite.

N'est-il pas plus rationnel d'admettre que, répandu dans le sang, le bacille d'Eberth se fixe à un moment donné au niveau des lobules glandulaires ?

Les phénomènes généraux que l'on observe au moment de l'éclosion de la mammite ne sont pas très graves ; ils ne réalisent pas le tableau de la septicémie ou de la pyohémie ; on n'a jamais signalé de frissons. Cependant on note le plus souvent une élévation de température, 40° dans quelques cas, une accélération considérable du pouls : 130. Ce sont là évidemment les cas extrêmes, mais toujours il y a retentissement sur l'état général. Ne peut-on pas admettre que ces modifications de l'état général sont sous la dépendance d'une augmentation du nombre des bacilles typhiques circulant dans le sang ou d'une exagération de leur virulence, l'un ou l'autre de ces phénomènes ayant pour effet d'engendrer la mammite ? Au cours de la convalescence de la dothiénentérie, on note souvent des élévations thermométriques qu'on attribuait jusqu'ici à des écarts de régime, à des excès d'alimentation, et, l'analyse bactériologique du sang est venue montrer que souvent ces élévations de température étaient dues à une augmentation du nombre des bacilles typhiques dans le sang (Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, 1905).

Pour toutes ces raisons, il est probable que la voie d'infection de la glande mammaire dans les cas de nature éberthienne de l'affection est la voie sanguine.

Peut-être pourrait-on faire intervenir le système lymphatique, mais quelle que soit la voie d'accès que l'on adopte, sanguine ou lymphatique, elle est plus probable que la voie cutanée.

Quant aux mammites qui sont déterminées par le staphylocoque doré ou blanc, la voie de pénétration des germes est certainement la voie cutanée. La suppuration du paren-

chyme, si elle se produit (nous avons déjà dit qu'en ces cas il était probable qu'on avait affaire à des collections cutanées ou sous-cutanées), serait précédée de galactophorite et de canaliculite. Une infection générale à staphylocoques s'accompagnerait de phénomènes généraux autrement graves. De plus les staphylocoques sont par excellence des saprophytes des téguments.

La conclusion de toute la pathogénie est donc que la mammite non suppurée est de nature éberthienne, que la mammite suppurée est due soit au bacille d'Eberth ayant acquis un pouvoir pyogène, soit au staphylocoque.

La voie de pénétration est la voie sanguine quand la mammite est éberthienne, cutanée quand elle est staphylococcique.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Age. — Comme nous l'avons fait remarquer au chapitre «Etiologie», la mammite au cours de la dothiénentérie apparaît chez des personnes jeunes. L'âge des typhiques ayant présenté cette complication varie entre 15 et 42 ans.

Moment d'apparition. — Il est variable : dans l'observation VI, on constate les premiers symptômes au 10e jour, en pleine période d'état d'une fièvre typhoïde. Dans l'observation IX, elle apparaît au 58e jour d'une fièvre typhoïde à forme prolongée et en pleine convalescence. Dans l'observation XX, cette complication arrive sept mois après le début d'une fièvre typhoïde. Il se forme un abcès qui incisé donne issue à un liquide séro-purulent contenant des bacilles d'Eberth. Dans l'observation de M. Guiraud (XII), elle apparaît vers le 27e jour, dans celle de M. Roger (XXIII), vers le 60e jour, après une période d'apyrexie d'un mois, alors que la malade allait quitter l hôpital.

On peut donc admettre que la mammite peut se déclarer dès que la fièvre typhoïde est arrivée à sa période d'état ; de même on peut la voir se développer longtemps après l'évolution de la dothiénentérie, et dans ce cas, ce n'est que l'analyse bactériologique qui permet de découvrir la nature éberthienne de l'affection. Mais, d'une façon générale, la

mammite typhoïdique survient au déclin de la maladie, au début de la convalescence, ou dans le cours de cette convalescence.

Localisation. — L'affection peut atteindre une seule ou les deux glandes mammaires. Les deux seins sont pris successivement ou simultanément et dans le premier cas le nombre de jours qui sépare les deux poussées est très variable. Dans l'observation X de Fornaca, cet intervalle est de 13 jours. De plus, la mammite du sein gauche dans ce cas présenta une rechute Après 10 jours d'apyrexie, en effet, il redevint douloureux et pendant 4 jours on nota une élévation thermométrique vespérale avec un maximum de 39°3.

Dans le cas de M. Guiraud un fait analogue fut observé : au 27e jour de la fièvre typhoïde on nota l'apparition d'une mammite droite ; 4 jours après, la malade fut atteinte d'une mammite gauche ; la double résolution survint, mais 33 jours après, le sein droit présenta une induration limitée et douloureuse, signe manifeste d'une nouvelle poussée.

Ces cas de mammites évoluant en 3 poussées successives sont très rares, nous n'en possédons que deux cas

Sept fois la mammite fut double mais sans récidive. Dans ces 7 cas, deux fois l'attaque est simultanée, dans les cinq autres, trois fois le sein droit est pris le premier, deux fois le sein gauche.

Dans tous les autres cas, la mammite fut simple. Elle se localisa sans prédilection sur le sein droit ou sur le sein gauche.

Synptômes et évolution. — Au cours de l'évolution des mammites, l'apparition ou la non apparition de la suppuration exerce une influence considérable surtout au point de vue du traitement, de telle sorte que nous devons dans l'étude clinique maintenir la distinction que nous avons

établie plus haut en mammites non suppurées et en mammites suppurées.

1° Mammites non suppurées. — C'est le plus souvent insidieusement que l'affection s'établit, masquée et retentissant assez peu sur l'évolution générale de la dothiénentérie. D'autres fois elle apparaît brusquement.

Douleur, gonflement du sein, élévation de température sont les signes les plus habituellement constatés.

La douleur, symptôme qui éveille l'attention du malade, antérieure à la tuméfaction ou contemporaine de cette dernière, est parfois très vive, intolérable même (Obs. VI). Spontanée ordinairement, elle est réveillée ou exacerbée dans d'autres cas, soit par le poids des couvertures (Obs. X), soit par la palpation et le pincement (Obs. XII). Habituellement cependant elle est assez légère et disparaît assez vite.

Le gonflement et la tuméfaction sont essentiellement variables en intensité. La palpation le plus souvent seule fera percevoir dans la profondeur de la glande un noyau induré plus ou moins volumineux. Le revêtement cutané de la glande est normal, parfois cependant un peu rouge. Dans une seule observation (XII) on a observé du retentissement ganglionnaire, quatre petits ganglions durs, mobiles et douloureux se trouvaient, en effet, dans le creux axillaire droit. Pas de sécrétion du sein, sauf dans un cas (Obs. XXI), mais là il est question d'une femme qui avait allaité son enfant jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital. En somme, tuméfaction limitée n'envahissant jamais la totalité de la glande, n'en occupant pas habituellement plus du quart.

L'élévation de température souvent forte (40° dans Obs. VIII, X, XXII) est parfois aussi assez faible, même insignifiante. Une accélération concomitante du pouls a été notée.

Qu'advient-il de ces mammites? Dans la moitié des cas l'induration se résout peu à peu en même temps que disparaissent douleur, hyperthermie, accélération du pouls et en quinze jours la guérison survient.

Dans l'observation de Fornaca et de Guiraud il y eut trois poussées successives se terminant toutes par la résolution. Enfin dans d'autres cas la mammite passe à la suppuration.

2° Mammites suppurées. — Dans cette variété de mammites l'évolution est ordinairement plus rapide; dans un cas (Obs. XXI), la fluctuation apparut le lendemain même du jour où l'induration s'était montrée, mais d'ordinaire c'est vers le cinquième ou sixième jour qu'on l'aperçoit. Les symptômes sont les mêmes, un peu plus accentués peut-être que dans la première variété de mammites. Douleur plus vive, lancinante, fièvre s'élevant et oscillant, lorsque le pus se forme, sueurs profuses dans un cas, tous les signes en un mot de la suppuration. Localement, précédant la fluctuation, la rougeur, l'œdème de la peau sont constatés. Dans ces mammites on intervient ordinairement; cependant, si l'intervention faisait défaut, l'abcès s'ouvrirait à la peau, mais la suppuration pourrait se prolonger et laisser dans la suite une cicatrice irrégulière. Peu appréciable lorsque l'affection survient au cours de la période d'état de la fièvre typhoïde, l'élévation de température se remarque davantage lorsque la complication se montre dans une période d'apyrexie relative, et quoique la suppuration donne habituellement des températures plus élevées, il n'en est pas cependant toujours ainsi, puisque le cas de Roger, dans lequel le pus fut très abondant, évolua avec une fièvre insignifiante.

En résumé, les symptômes que l'on peut avoir à constater sont, par ordre d'importance et de fréquence : la douleur,

le gonflement, l'élévation de température, la rougeur des téguments au point où l'affection s'est localisée, plus la fluctuation en cas de mammite suppurée.

Diagnostic. — Les commémoratifs constituent l'élément le plus important du diagnostic. Le sujet a-t-il ou a-t-il eu dernièrement la fièvre typhoïde ? La question ne se pose, on le comprend, que pour les malades en cours ou en convalescence de dothiénentérie. Voici d'abord le cas d'une femme qui était en lactation lorsqu'elle fut atteinte de fièvre typhoïde Si quelques jours après une mammite se montre, le doute est possible entre une mammite simple et une mammite éberthienne.

Mais la mammite puerpérale survient de bonne heure après l'accouchement (4 semaines). De plus, dans ces variétés de mammite, le mécanisme de l'infection n'est plus du tout le même ; elle gagne en effet de proche en proche et successivement les conduits galactophores, les canalicules, les acinis Ainsi donc, galactophorite, canaliculite et infection glandulaire existent en même temps et l'expression du sein fait toujours sourdre du pus par l'area cribrosa.

Nous ne croyons pas que pour la lymphangite la question se pose. Un diagnostic plus intéressant peut se poser: tel est le cas du malade de la salle Fouquet, N° 3, dans le service du professeur Grasset. Depuis deux ou trois mois, en effet, le sein gauche présente une tuméfaction considérable avec bosselures, c'était une mastite de la puberté ayant évolué sous l'action de la poussée congestive qui se fait dans les glandes mammaires à ce moment-là. Les commémoratifs, l'absence de phénomènes généraux et de suppuration, font faire aisément le diagnostic.

CHAPITRE V

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Les mammites non suppurées semblent avoir le pronostic le plus bénin; dans aucun cas en effet elles ne paraissent avoir aggravé la maladie et même leur action ne se manifeste sur l'état général d'une façon appréciable que lorsque l'accident survient à une période d'apyrexie.

Les mammites suppurées n'ont pas non plus un pronostic bien grave : survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, elles aggravent la fièvre, l'insomnie, font croître l'agitation et au cours de la convalescence elles constituent une affection qui semble évoluer pour son propre compte et ressemble fort aux abcès du sein d'origine puerpérale. Les phénomènes disparaissent sitôt après l'intervention. Par conséquent les mammites typhoïdiques n'ont d'autre effet que de prolonger la durée de la maladie.

Traitement — La prophylaxie ne sera efficace que pour les cas de mammite relevant d'une infection cutanée et elle se résume en ces deux facteurs: propreté, hygiène. La pratique qui consiste à mettre 30 à 40 gr. de phénosalyl dans les baignoires peut avoir une influence sur l'apparition de ces mammites typhoïdiques comme elle en a sur celle des autres suppurations survenues au cours de la dothiénentérie.

1° *Mammites non suppurées.* — Nous conseillons les

pommades résolutives à l'ichtyol et au calomel. Des pansements humides, chauds, souvent renouvelés, faits avec une solution de sublimé à 0,25 pour 1000, unissent l'effet antiseptique à l'effet résolutif.

L'élément douleur sera combattu par les analgésiques, soit généraux, et l'antipyrine tiendra la première place, soit locaux : nous emploierons alors l'opium, et la pratique la plus simple serait de verser sur le pansement chaud XX gouttes de laudanum de Sydenham. On a aussi conseillé la cocaïne, la belladone en pommade. Quant à l'élévation de température elle sera combattue par la quinine. La quinine, si précieuse dans les fièvres causées par les suppurations qui sont le cortège de la dothiénentérie, est en effet tout indiquée.

2° *Mammites suppurées.* — Mais dès que la fluctuation se montre il faut intervenir, car nous avons vu qu'abandonnées à elles-mêmes, les mammites suppurées se feraient jour à l'extérieur, laissant une cicatrice irrégulière et disgracieuse, prolongeant inutilement les souffrances du malade. On incisera donc au point fluctuant, et suivant la règle adoptée pour les abcès du sein on fera une incision radiée qui ménagera beaucoup plus les canaux galactophores qu'une incision circulaire. Ceux-ci ont en effet une direction radiée et une incision faite en ce sens en détruira bien moins.

Il faudra ensuite introduire les doigts dans la cavité purulente et déchirer les cloisons voisines afin de faire communiquer entre eux les divers foyers.

Après lavages à l'eau oxygénée, si les anfractuosités sont nombreuses on pourra drainer en faisant une contre-ouverture. La cicatrice qui résulte de cette intervention est assez peu disgracieuse et pas rétractée ; en tout cas elle sera de beaucoup supérieure au point de vue esthétique aux cicatrices laissées par l'ouverture spontanée.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

E. Leudet. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1873.

Fièvre typhoïde, engorgement d'un lobule du sein se manifestant dans son cours. — Guérison.

Fruchot, femme âgée de 28 ans, ouvrière en parapluies, entre au commencement de *décembre 1849* à l'Hôtel-Dieu de Rouen, salle Saint-Joseph, N° 10, division de Louis, dont j'étais l'interne. F..., femme d'une bonne santé, était accouchée en janvier 1849; elle n'avait pas allaité son enfant. Le début de sa maladie remontait au *25 novembre*, depuis lors elle avait cessé de travailler. Au moment de l'admission à l'Hôtel-Dieu, je constate les symptômes suivants: céphalalgie, vertiges, diarrhée modérée, toux légère, frissons; le pouls varie de 96 à 104. Le *7 décembre* on constate des taches rosées lenticulaires nombreuses et parfaitement caractéristiques sur l'abdomen. Traitement expectant; le même état persiste jusqu'au *9 décembre*. Hémorragie utérine apparue le *5*, deux semaines après l'époque ordinaire et pendant deux jours. Le pouls était descendu à 84. A partir de ce moment une amélioration apparente se manifeste; le *11*, F.... mangeait deux potages et le *12* on lui permettait de manger une légère potion d'aliments. Le *13* un peu de recrudescence de la céphalalgie, le *14 décembre* le pouls s'élève de nouveau à 120, douleur accusée à l'extrémité inférieure du sein droit,

rien à l'auscultation du poumon. Le *15*, Louis fait appliquer 15 sangsues au-dessous du sein droit. Du *16 au 20*, la douloureuse partie du sein devient le siège d'un engorgement léger, qui atteint, à la fin de cette période, le volume d'un œuf de pigeon. Etat de malaise général ; peu d'appétit, un peu d'état nauséeux. La tuméfaction du sein diminue peu à peu, mais n'avait pas encore disparu quand F.. quitta l'Hôtel-Dieu dans les *derniers jours de décembre 1849*. Je revis F .. dans le cours de février 1850, l'engorgement du sein avait complètement disparu.

OBSERVATION II

E. Leudet. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1874.

Fièvre typhoïde adynamique. — Hémorragie utérine de longue durée. — Tuméfaction des lobules des seins.

Carton (Adelina), 23 ans, dévideuse, entre à l'Hôtel-Dieu le *17 novembre 1857*, salle 14, N° 30. Elle n'a jamais eu d'enfants ; elle n'a été menstruée qu'à 19 ans, et depuis lors l'est assez régulièrement. La maladie a débuté vers le *11 novembre*. Les symptômes sont : de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, un peu de toux ; des taches rosées lenticulaires. Hémorragies utérines apparaissant le *17 novembre* et persistant jusqu'au *27* ; elles ne durent habituellement que deux ou trois jours. Pendant cette période, le pouls est médiocrement fréquent : 96 à 100 ; diarrhée modérée. Un peu de muguet apparaît le *23* sur la langue. Amélioration le 1er décembre. — Apparition le *3 décembre* d'un engorgement du volume d'une petite noix à la partie externe des deux seins. Cet engorgement ne s'accompagne d'aucun malaise, il diminue lentement et n'avait pas cessé le *20 décembre* quand C.. quitta l'hôpital.

OBSERVATION III

E. Leudet. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1875.

Fièvre typhoïde adynamique ; hémorragies nasales opiniâtres. Engorgement des seins ; otorrhée. — Guérison.

Bénézil (Joséphine), âgée de 21 ans, marchande de légumes, entre le *13 juin 1859* à l'Hôtel-Dieu, salle 19, N° 6. Elle n'a jamais eu d'enfants et est régulièrement menstruée ; elle est malade depuis le *5 juin*. Les symptômes principaux sont : de la céphalalgie, des vomissements, une diarrhée modérée, une épistaxis peu abondante le *14*. Les symptômes demeurent les mêmes quand le *15 juin*, elle est atteinte d'une épistaxis tellement abondante que je dus le soir même procéder au tamponnement des fosses nasales. Des taches rosées lenticulaires se manifestent, l'épistaxis reparaît plusieurs jours de suite. — Adynamie, diarrhée modérée. Le *26*, otorrhée droite ; le même jour, B..... accuse une douleur dans le sein droit qui présente une masse d'engorgement du volume d'une noisette. Le *27*, convalescence apparente, cessation de la diarrhée (2 bouillons, 2 potages). Le *30*, rechute ; vomissements, P. 96, otorrhée double. Douleur dans les deux seins ; le droit présente un engorgement stationnaire, le gauche a le volume d'une orange. La malade reste malaise jusqu'au *8 juillet* ; quelques nausées ; l'engorgement du sein droit a presque disparu, celui du sein gauche a considérablement diminué. B..... sort de l'Hôtel-Dieu le *24 juillet 1859*, les deux seins ne présentent plus aucun engorgement.

OBSERVATION IV

E. Leudet. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1874.

Fièvre typhoïde ; vers le 4e septénaire, gonflement douloureux du foie, de la rate et du sein. — Petits abcès sous-cutanés. — Guérison lente.

Pizet, lingère, 27 ans. Entre le *1er octobre 1869* à l'Hôtel-Dieu, salle 2, N° 20. Pas d'antécédents pathologiques. Deux enfants : elle a allaité le premier deux ans et demi ; n'a pas allaité le second âgé de huit mois et demi. L'affection a débuté il y a deux semaines environ. Les principaux symptômes étaient une diarrhée modérée, sans coliques ; pas de toux ; pas de céphalalgie, insomnie, rêvasseries nocturnes.

Le *2 octobre 1869*, P. 120, T. 39°8 ; hébétude, surdité légère, bourdonnements d'oreilles ; diarrhée diminuant dans les jours qui ont précédé l'entrée, météorisme assez marqué ; quelques taches rosées lenticulaires ; sudamina. Langue sèche ; un peu de toux.

Du *5 au 8 oct.* T. 39°8 à 38°6. Même diarrhée Langue sèche. Le *9 oct.*, sueurs considérables ; P... accuse une douleur à la base du sein gauche, qui présente à sa partie inférieure un lobule du volume d'une noisette, sans aucun changement de couleur de la peau. Du *10 au 14 oct.*, l'état général s'améliore. Le *16 oct.*, P. 62 ; T. 37°2. Le lobule du sein gauche a graduellement diminué de volume et est à peine sensible à la pression.

La malade quitte l'hôpital le 14 nov.

OBSERVATION V

E. Leydet. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1871.

Fièvre typhoïde adynamique grave. — Engorgement d'un lobule du sein. — Mort.

Cendret (Adrienne), 23 ans, entre le 26 mars 1870 à l'Hôtel-Dieu, salle 2, N° 13. C... n'a pas eu d'enfants, ses mens-

trues assez régulières retardent souvent un peu ; la maladie avait débuté dans les *premiers jours de mars* ; accidents peu intenses, principalement accablement, un peu de diarrhée. Au moment de l'admission à l'Hôtel-Dieu, C..... accusait un peu de céphalalgie, une diarrhée modérée, météorisme, langue sèche, fendillée. Le pouls varie de 108 à 140. T. 39°5 à 40°5. Le *29 mars*, douleur et gonflement d'un lobule du sein droit. Les *jours suivants*, recrudescence de la diarrhée, selles nombreuses, noires, involontaires ; râles trachéaux. Mort, le *7 avril 1870*.

A l'autopsie : cicatrisation avancée des plaques de Peyer. Rate volumineuse : 0 m. 13 de hauteur. Un peu de sang dans la cavité utérine. Glande mammaire saine.

OBSERVATION VI

L. Delgrange. — Journal des Sciences médicales de Lille, 1880.

Fièvre typhoïde chez une femme enceinte. — Œdème mamelonnaire et aréolaire. — Accouchement.

Jeanne L . , 22 ans, constitution faible, très nerveuse. Contracte la fièvre typhoïde en soignant son mari atteint de cette maladie. Grossesse commençante. Le *27 mars* elle éprouve un malaise général, de la céphalalgie, elle s'alite et nous la voyons le *28 mars* pour la première fois.

Air très abattu, céphalalgie très violente, pas d'épistaxis, quelques crachats sanglants, peu de toux. Signes d'un embarras gastrique : appétit nul, soif vive, langue blanchâtre avec une zone d'un rouge vif à la pointe ; quelques râles de bronchite ; au sommet du poumon droit : submatité et respiration obscure.

Sur la demande de la malade, nous examinons attentivement le sein gauche dont le volume attire l'attention. Depuis deux ou trois jours la mamelle gauche a pour ainsi dire disparu sous la partie aréolaire prodigieusement déve-

loppée. Tout le sein est comme réduit à l'aréole, laquelle, considérablement œdématiée, forme une véritable tumeur dans laquelle le mamelon s'est fondu sans laisser de traces. Le doigt enfoncé dans la tumeur y laisse une empreinte qui disparaît assez vite. La malade se plaint de vives douleurs dans le sein gauche. On le soutient par une écharpe de flanelle supportant un cataplasme laudanisé.

Un purgatif à l'huile de ricin amène les selles typhiques ordinaires. Compresses d'eau vinaigrées sur la tête et compresses émollientes sur le ventre. Régime : potages, bouillon, eau vineuse, limonade au citron et tisanes émollientes.

Le *29 mars*, la malade respire mieux. Mal de tête atroce. Sein gauche moins douloureux, mais l'engorgement œdémateux se développe dans l'aréole du sein droit, le mamelon n'est déjà plus perceptible Selles fréquentes. T. 39°5. P. 120.

Le *30 mars*. L'œdème aréolaire est également considérable des deux côtés et l'aspect de la poitrine de notre malade nous rappelle les gravures d'hypertrophie mammaire qui se trouvent dans les auteurs classiques. T. 40°1. P. 120. — Plusieurs lotions par jour sur tout le corps à l'eau froide vinaigrée. Potion cordiale avec 4 gr. d'extrait de quinquina.

1er avril. Mal de tête a diminué. Malade abattue, douleurs abdominales. Taches rosées lenticulaires. T. 41° et plus de 120 pulsations ; plus d'hémoptysie. Huile de ricin, potion au quinquina.

4 et 5 avril. Sueurs profuses, sudamina nombreux, selles abondantes ; les seins diminuent de volume.

6 avril. T. 40°8. Les mamelons reparaissent à la surface des tumeurs mammaires.

8 avril. La fièvre est fort diminuée. La malade demande des aliments.

A partir de ce jour la fièvre s'atténue et disparaît. Les seins ont repris leur état normal. La grossesse suivit son cours.

OBSERVATION VII

THOMAS MAC CRAE. — John Hopkins Hosp. Bull. — Balt. 1902.

Fièvre typhoïde à forme prolongée. – Mammite au sein droit le 13e jour, au sein gauche le 18e. — Rechute, seconde poussée de mammite au sein gauche. — Guérison.

M. B... mariée, 25 ans, entrée *le 25 juillet 1900* dans le service du professeur Osler, au John Hopkins Hospital, le 3e jour de sa maladie. A son entrée : taches rosées, stupeur profonde, réaction de Widal positive. Jusqu'au 1er août, rien de particulier. T. 102° à 103° F. (38°8 à 39°4). Le nombre des leucocytes variait de 3300 à 3500 par c. c. *Le 2 août*, 13e jour de la maladie, la malade se plaignait de fortes douleurs au sein droit, et, au palper, on trouva un petit noyau induré dans la partie supérieure droite. Ce noyau était très douloureux, il n'y avait pas de rougeur ; les leucocytes étaient au nombre de 6000 par c. c. *Le jour suivant* l'état du sein demeure le même, le nombre des leucocytes est de 10000 par c. c. *Le 4 août* la douleur et l'induration sont moindres. *Le 5 août*, l'induration a presque disparu et le nombre des leucocytes est de 5500. *Le 7 août* la malade se plaint de douleurs au sein gauche et les mêmes symptômes se reproduisirent, ils disparurent au bout de quelques jours. Dans aucun cas il n'y eut de suppuration.

La température n'avait pas changé et redescendit à la normale le 9 août, 20e jour de la maladie. Puis la température se mit à remonter progressivement pendant presque trois semaines et il y eut une véritable rechute accompagnée de taches rosées. La convalescence fut très longue et la température n'était pas encore redevenue normale, lorsque *le 10 septembre*, 52e jour, la malade se plaignit de douleur au sein gauche. On trouva un noyau dur de la grosseur d'un œuf de poule à la partie supérieure et externe du sein très sensible à la pression.

La peau n'était pas enflammée et il n'y avait pas de fluctuation. Les ganglions axillaires ne furent pas engorgés.

La température était d'environ 101° F (38°3). Les leucocytes étaient au nombre de 18000 par c. c. *Le 2 septembre* la température s'éleva à 103° F. (39°5) sans que la malade eût un frisson, mais retomba le jour suivant et le gonflement diminua rapidement. La température redevint normale, la convalescence fut rapide et la malade sortit *le 24 septembre*, guérie après 66 jours, les seins ne présentant plus aucun symptôme d'engorgement.

La malade, revue plus tard, ne se ressent aucunement de cette mammite.

OBSERVATION VIII

Thèse de HENRIOT. — Nancy 1904.

Fièvre typhoïde à forme prolongée compliquée de mammite, de périchondrite suppurée et d'hémorragie intestinale.

Sophie M..., brodeuse, 37 ans, admise *le 16 janvier 1902* à l'hôpital de Nancy, service de M. le professeur Bernheim, salle 15, N° 12. Elle est mariée et a eu deux enfants.

Père mort tuberculeux Elle-même a eu étant jeune des abcès au bras droit qui n'ont disparu qu'à l'apparition des règles. Derrière l'angle de la mâchoire, cicatrice de tuberculose locale. Petite vérole qui n'a pas laissé de trace, il y a 10 ans. Femme très maigre, de constitution délicate.

L'affection a débuté *le 4 janvier* : céphalalgie, malaise général, anorexie, constipation, douleur dans le ventre et le dos. Pas d'épistaxis ni de bourdonnements d'oreilles. Tousse depuis 8 jours et a une fois craché le sang.

Le 17 janvier : T. la veille au soir 39°3. P. 120. Aujourd'hui matin : T. 38°4, soir 38°6. P. 108 — 96 ; pommettes colorées, lèvres fuligineuses, langue sèche et rouge. Haleine fétide. Anorexie complète, douleurs abdominales vagues,

ventre un peu ballonné. Constipation, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Quelques taches rosées lenticulaires.

Cœur normal, respiration soufflée avec résonance de la voix au sommet droit. Pas de cauchemars, pas de délire. Céphalée frontale violente.

Les jours suivants la malade va mieux. *Le 7 février* le ventre n'est plus douloureux. Il y a toujours de la constipation. T. 36°—40°. P. 100—112.

11 février. T. 38°—40°. P. 114—130. La malade ressent une douleur au sein gauche, celui-ci augmente de volume et devient de plus en plus douloureux.

La température s'élève le soir à 40, le pouls à 130.

12 février. 40e jour de la maladie. T. 38.2 — 38. P. 105 — 102. La partie externe du sein gauche est rouge, gonflée, du volume d'une petite orange et très douloureuse à la pression.

13 février. T. 36.5 — 37.7. Mêmes symptômes du côté du sein.

14 février. T. 37.2 -- 37.9 Le sein est encore un peu rouge, la douleur est moindre.

15 février. T. 36.2 — 38.7. La mammite semble se résoudre.

25 février. T. 36.8 — 39. P. 88 — 150. On constate encore une induration douloureuse du sein gauche.

Mme M... se plaint d'une douleur s'irradiant jusqu'au coude à la partie interne du 2e espace intercostal gauche. On y constate un léger gonflement. Les 2e et 3e cartilages costaux sont très sensibles à la pression.

Du 26 février au 21 mars. — Les symptômes diminuent d'intensité. La fièvre persiste toujours oscillant entre 39°5 et 37.

21 mars. Il s'est formé un petit abcès dans le 2e espace intercostal à gauche du sternum ; sur l'étendue d'une pièce de cinq francs environ, on constate très nettement de la fluctuation.

Il reste encore à la partie interne du sein gauche un noyau assez dur, indolore, du volume d'une grosse noix.

22 mars. Ouverture de l'abcès. On recueille quelques grammes de pus qui sera examiné au point de vue bactériologique.

25 mars. 81e jour de la maladie. T. 36.4 — 36 6. Entérorrhagie assez abondante formée de sang pur sans mélange de matières fécales suivie de violentes coliques et diarrhée (six selles).

26 et 27 mars. Il y a encore du sang dans les selles. A partir de ce moment il ne reste à signaler que quelques reprises de fièvre assez légères ; en particulier du 31 mars au 5 avril la température oscille entre 38°5 et 37°4 et le *12 avril* 99e jour de la maladie, Mme M. ., à peine convalescente, demande sa sortie.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DU PUS

Il est formé presque exclusivement par de nombreux leucocytes polynucléaires. A l'état frais on ne peut déceler aucun élément microbien, non plus que par examen direct, après coloration par les méthodes habituelles.

On ensemence sur divers milieux dans le but d'obtenir des cultures.

Sur le bouillon à 37°, le trouble apparaît rapidement, puis s'éclaircit avec formation d'un dépôt pulvérulent blanchâtre au fond du tube. L'examen direct sans coloration montre une seule espèce microbienne constituée par un bacille court, très mobile, à extrémités arrondies, avec d'autres formes plus longues et moins mobiles ; le bacille ne prend pas le Gram.

Il se révèle d'ailleurs avec les autres propriétés caractéristiques du bacille d'Eberth et du colibacille. Il ne liquéfie pas la gélatine.

Sur milieu d'Elsner, le développement est tardif après

48 heures. Les cultures sur gélose lactosée ne virent pas au rouge.

L'injection sous-cutanée de 1/2 c. c. de culture en bouillon tue la souris en quatre jours.

Le sang de l'animal réensemencé donne des cultures pures d'Eberth sur bouillon. Les cultures sur bouillon ainsi que celles obtenues avec le pus à analyser sont agglutinées rapidement par du sérum de typhique ayant donné par ailleurs une réaction de Widal positive à 1 0/0

Il semble donc que le pus soit mono-microbien et renferme le bacille d'Eberth à l'état de pureté.

La recherche des anaérobies n'a pas été faite.

OBSERVATION IX

Thèse de Henriot. — Nancy, 1904.

Fièvre typhoïde à forme prolongée, avec complications multiples. — Coliques. — Rechute. — Erythème étendu. — Broncho-pneumonie avec léger épanchement bilatéral. — Accélération paralytique du cœur. — Mammite non suppurée.

Mme A.., femme de ménage, 42 ans, admise *le 9 février 1993* à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Bernheim, salle XIII, lit N° 4. Mariée et mère de trois enfants.

La malade est d'une constitution moyenne. Elle a eu il y a 9 ans une maladie qui dura 3 mois environ sur laquelle elle ne put donner de renseignements précis. Elle se plaignait d'un violent point de côté et d'une dyspnée intense. Elle a depuis 2 ou 3 mois de légers troubles gastriques. Malaise général qui dure environ 8 jours à l'époque des règles.

9 février. Entrée à l'hôpital. T. 39°8. P. 104.

10 février. T. M. 38.6. S. 39.2. P. 104-108. Diazo-réaction intense. L'affection actuelle a débuté depuis 10 jours par de la céphalalgie intense. Pas d'épistaxis ni de bourdonnements d'oreilles. Malaise général, anorexie. Etat de prostration,

face congestionnée. Langue blanche, quelques nausées. Douleurs abdominales vagues. Constipation. Deux taches rosées lenticulaires sur le ventre peu ballonné. Cœur normal. Poumon gauche sain ; au poumon droit, inspiration rugueuse, expiration légèrement renforcée.

11 février. T. 38°2-39°6 P. 96-104. Quelques coliques et selle diarrhéique.

12 février. T. 38°2-39°6. Gargouillements dans tout le ventre. Selles abondantes

Jours suivants. Température tend à baisser : 38° à 38°5.

20 février. T. 38°4-38°2 La fièvre réapparaît La malade est aphone.

23 février. T. 38°2 P. 108-116. Erythème prurigineux sur les fesses et sur les cuisses.

6 mars. L'érythème et l'aphonie ont disparu depuis quelques jours. En arrière et dans les lobes inférieurs des 2 poumons : matité et râles sous-crépitants fins T. 38°8. P. 120.

9 mars. T. 39°1-39°5 P. 124-128. Respiration soufflée à gauche avec râles sous-crépitants ; à droite, respiration rude.

19 mars. La défervescence s'est produite. La température est normale. Il y a encore de la matité à partir de l'angle de l'omoplate aux deux poumons.

22 mars. T. 36°4-38°6. P. 108-116. La malade se plaint d'une douleur assez vive dans le sein gauche. Cette douleur n'existe que quand on touche le sein L'on constate un gonflement anormal de la glande.

23 mars. T. 38°7. P. 116-114. L'on perçoit à la partie inférieure du sein gauche une tuméfaction très douloureuse de la glande. A ce niveau, les téguments sont rubéfiés ; il n'y a pas de foyer circonscrit et toute la partie inféro-externe de la glande participe à cette inflammation.

24 mars. La température est redevenue normale.

La moitié inférieure du sein est dure, sensible à la pression et la pseudo-tumeur a la grosseur d'un citron.

A la percussion des deux lobes inférieurs des poumons,

l'on trouve de la submatité ; la respiration est soufflée, il y a toujours de l'égophonie.

Une ponction thoracique faite à la base gauche ne ramène qu'un peu de sang. Celui-ci analysé bactériologiquement reste stérile. Il n'y a pas de bacille d'Eberth.

25 mars. T. et P. normaux. La fièvre est tout à fait tombée; les épanchements pleurétiques se résorbent

La glande tuméfiée diminue de volume ; le *2 avril*, elle n'a plus que la grosseur d'une petite noix et la malade peut se lever le *9 avril* et demander sa sortie de l'hôpital, 58 jours après son entrée dans le service.

OBSERVATION X

Fornaca. — L. Sulla mastite Tifosa. — *Riforma medica*. — Palermo 1900.

Fièvre typhoïde au cinquième septénaire, tuméfaction des lobules du sein droit. Au septième septénaire, tuméfaction du sein gauche. — Guérison.

Femme de 40 ans, entre à la clinique médicale de Turin atteinte de fièvre typhoïde. Il n'y a pas de maladies antérieures à signaler. Elle a eu trois grossesses qui eurent une heureuse issue. La malade signale cependant que pour les deux dernières elle eut à souffrir d'une tuméfaction des deux seins, qui d'ailleurs ne dura que peu de jours et disparut sans laisser de traces. Elle entre à la clinique le 16 novembre 1899, le 15me jour de sa maladie et le diagnostic de fièvre typhoïde est confirmé par le séro-diagnostic. De plus par la méthode d'Elsner on décèle la présence des bacilles d'Eberth.

Le 39me jour, la malade entrée en convalescence depuis trois jours, avec une température presque normale, accuse tout à coup une douleur dans le sein droit qui augmente rapidement de volume et sur lequel le poids même léger de la couverture du lit est intolérable.

Le lendemain, 40me jour, on constate une tuméfaction de la grosseur d'une orange au sein droit, très sensible au toucher, très dure et sans trace de fluctuation. Le même jour la température monte à 40° ; on constate la réapparition de taches rosées lenticulaires : la rate est augmentée de volume; l'état général est déprimé et l'intelligence obtuse. Pendant 12 jours la température oscille entre 38°8 le matin et 40° le soir ; 20 jours après cette rechute la malade était de nouveau sans fièvre.

J'avais pour éclairer mon diagnostic pratiqué une ponction exploratrice cinq jours après l'apparition de la douleur dans le sein droit et j'avais fait cette ponction au point de vue où la tumeur se montrait moins résistante. L'aiguille rencontre une résistance notable en s'enfonçant dans les tissus (5 cm.), une première aspiration avec la seringue donne un résultat négatif. Déplaçant l'aiguille et retirant un peu la seringue pendant que je continue l'aspiration j'obtiens alors trois gouttes d'un liquide séro-purulent que l'on mit en culture dans un tube de bouillon ordinaire.

Deux jours après la ponction, la tuméfaction diminue mais les jours suivants elle augmente de nouveau et la douleur devient plus vive. Ces alternatives d'amélioration et d'aggravation se renouvellent encore deux ou trois fois, mais ce qui reste constant c'est la consistance fibreuse et l'absence de fluctuation dans la tumeur. Après quinze jours de cette mammite, l'état du sein droit est le suivant : le volume est triple de celui de gauche, la peau est légèrement rosée ; à l'intérieur du mamelon on perçoit une tuméfaction en forme de poire, la base en bas, la pointe en haut faisant corps avec la masse glandulaire non adhérente à la peau et très dure.

16 jours après l'apparition de ces symptômes dans le sein droit, le sein gauche à son tour devint très douloureux : il présentait depuis trois jours, à la palpation , une tuméfaction semi-lunaire (à concavité dirigée en bas et à convexité

ayant comme centre le mamelon), douloureuse à la pression et très dure. Une ponction exploratrice est faite sans résultat. Quelques jours après ces deux mamelles sont complètement indolentes, bien que sans tendance à diminuer de volume. De même la masse tuméfiée garde sa consistance.

La température qui était restée normale pendant huit jours présente une troisième reprise avec élévation vespérale pendant 4 jours avec un maximum de 39°3. — En même temps on note une légère augmentation de volume du sein gauche qui redevient douloureux. — La température et la douleur disparaissent le même jour, mais les deux seins n'ont pas encore repris leur aspect normal.

Dix jours après, le 74e jour après son entrée à la clinique, cette femme guérie sort : les deux seins sont complètement indolents; le droit est revenu à son volume primitif, bien que présentant encore une légère induration faisant corps avec la glande; le gauche est resté plus volumineux, et si l'on palpe la glande qui, dans son ensemble, a grossi, on constate qu'elle a le volume d'un gros poing de consistance fibreuse. Les ganglions de l'aisselle n'ont jamais rien présenté d'anormal.

Dans le cours de la maladie cette femme a eu du catarrhe bronchique et pendant les derniers jours de la deuxième période fébrile trois furoncles à la région trochantérienne, tous trois dus au staphylocoque pyogenes aureus.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DU PUS

Les gouttes de liquide séro-purulent retirées par ponction de la mamelle droites furent mises dans trois éprouvettes contenant du bouillon ordinaire à une température de 37° et le troublèrent légèrement. Quarante-huit heures après, on constate au fond du tube un petit dépôt blanchâtre qui, examiné au microscope, apparut comme exclusivement constitué par des bacilles longs de 2,5 — 3 μ et larges de 0,6 — 0,8 μ

pour la plupart isolés, quelques-uns réunis par deux avec un petit espace vide au milieu, mobiles, se colorant bien par la fuchsine phéniquée de Ziehl et ne prenant pas le Gram ; cultivés dans un bouillon de foie suivant la méthode de Césaris Demel et dans un bouillon lactosé à 2 o/o additionné de carbonate de chaux, on ne voit pas se former de bulles gazeuses.

Ils ne colorent pas le bouillon et l'agar lactosé à 2 o/o additionné de quelques gouttes de teinture de tournesol bleu, ils colorent en 24 heures le bouillon ordinaire additionné de bleu de méthyle. Sur agar ordinaire et sur agar glycériné, il se développe une culture blanche, homogène ; une pomme de terre, après 2 jours, ne donne pas de culture apparente, mais au microscope on aperçoit de nombreux bacilles ayant les caractères décrits ci-dessus.

La gélatine n'est pas liquéfiée, le lait non coagulé. La réaction de l'indol est toujours négative; la réaction de Widal est obtenue dans la proportion de quarante gouttes de culture de bacilles ayant séjourné de 16 à 20 heures dans du bouillon ordinaire pour une dissolution de sérum de sang de la même maladie.

Avec une injection de 3 cc. de culture de 24 heures sous la peau d'un cobaye de 360 gr., on produisit le quatrième jour un abcès à cet endroit, on l'ouvrit et on recueillit le pus très dense qu'il contenait et dans lequel on décela de nombreux bacilles ayant les caractères indiqués plus haut. Après une injection de 5 cc. de la même culture dans le péritoine d'un cobaye de 350 gr., la mort de cet animal survint en 22 heures avec production d'un exsudat assez abondant dans le péritoine, ce liquide louche contenait en culture pure des bacilles, ayant les mêmes dimensions que ceux décrits plus haut. La rate est congestionnée et on y rencontre de semblables microorganismes plus nombreux encore que dans le sang du cœur.

L'activité de ce bacille s'exalte par le passage sur l'animal.

Tandis que 2 cc. de la première culture obtenue restaient inactifs injectés dans la cavité péritonéale d'un cobaye. On observe après deux passages qu'avec un demi cent. cube on tue en moins de 12 heures un cobaye de 300 gr. et qu'avec 1 cc. on tue en 6 heures un cobaye de 290 gr.

Les caractères décrits pour ces microorganismes isolés en cultures pures de gouttes de pus obtenues par ponction d'un sein atteint de mammite chez une typhique sont suffisants pour établir la certitude que dans chaque cas il s'agissait de bacilles d'Eberth qui, au cours d'une fièvre typhoïde se sont localisés dans la glande mammaire et qui seuls sont les agents pathogènes de la double mammite observée.

OBSERVATION XI

Observation LICHTHEIM rapportée par TAVEL en : «Uber die Etiologie der Strummitis». Bâle, 1892, p. 8.

Mammite et thyroïdite post-typhique.
(inédite).

Bügle, 35 ans, entrée dans le service le 30 octobre 1884 pour fièvre typhoïde, ayant débuté il y a 8 jours environ et qui a évolué normalement ; elle entre en apyrexie le 11 novembre.

Le 12 novembre (27e jour de la maladie), la malade se plaint d'une douleur dans le sein gauche qui est tuméfié. Peau normale. La palpation montre une induration de forme cylindrique ayant le mamelon pour centre, renflé en massue à la périphérie. Cette masse est mobile sous la peau et sur les plans profonds. Elle est douloureuse à la pression profonde. La peau est chaude, non douloureuse. On porte le diagnostic de mammite. T. 37°5.

14 novembre. Angine.

15 novembre. Sensibilité à la pression très marquée dans la moitié droite d'un goitre dont le malade est porteur. La

mammite est au contraire peu douloureuse : on ne perçoit plus qu'une légère augmentation de consistance.

20 novembre. Plus d'angine ni de mammite, mais l'inflammation du goitre, la strumite persiste.

8 décembre. La malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XII

P. Guiraud. — *Montpellier médical*, 3 février 1907.

V... Louise, 22 ans, ménagère, entre le 12 octobre 1906 dans le service de M. le professeur Carrieu. Salle Bichat, N° 21.

Antécédents héréditaires. — Sans importance.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Réglée normalement à 12 ans, mariée à 16. Deux accouchements normaux, l'un en 1900, l'autre en 1903, sans complications mammaires. En décembre 1905 nouvel accouchement normal d'une fille qu'elle a nourrie jusqu'à la maladie actuelle.

Maladie actuelle. — Les premiers jours d'octobre, la malade ressent un malaise général avec de l'anorexie, de petits frissons, de la céphalée. Elle se couche, sèvre sa fille, puis entre à l'hôpital. La sécrétion lactée disparaît deux ou trois jours après son entrée.

12 octobre. — Anorexie, langue blanche, épaisse et rouge sur les bords, douleur dans la région épigastrique, nausées, pas de vomissements ni de douleur dans la fosse iliaque. Constipation depuis le début de la maladie. Céphalée. Pas d'épistaxis. T. 38°3. P. 104. Cœur normal. Ne tousse ni ne crache, expiration rude au sommet droit.

13 octobre. On pose le diagnostic de dothiénentérie et on institue le traitement habituel du service : 3 cachets de pyramidon de 0,15 cent. par jour. Diarrhée.

16 octobre. Taches rosées.

17 octobre. Séro-diagnostic de Widal positif. Le premier bruit cardiaque est sourd et soufflé. On prescrit deux injections d'huile camphrée par jour.

18 octobre. Quelques vomissements. Angine douloureuse. Muguet sur le voile du palais.

22 octobre. Le muguet augmente, badigeonnage avec l'eau oxygénée.

26 octobre. Le muguet a presque complètement disparu.

29 octobre. La malade souffre du sein droit. Rien de particulier à l'inspection, mais la palpation dénote dans le quadrant supéro-externe une tuméfaction du volume d'une petite mandarine, régulièrement arrondie, à surface grenue, mobile avec le sein sur les plans sous-jacents. La palpation et surtout le pincement sont très douloureux. Sur la face interne du creux axillaire droit, trois ou quatre petits ganglions, durs, mobiles, douloureux. La température s'est élevée à 39° ; le pouls à 110

Pansement humide compressif, renouvelé tous les jours.

2 novembre. Douleur au niveau du sein gauche. On perçoit une tuméfaction douloureuse de la grosseur d'une noix. La température s'élève de nouveau à 39°. Rien d'anormal d'ailleurs pouvant expliquer cette hyperthermie.

8 nov. Résolution complète de la mammite des deux côtés ; il ne persiste plus ni douleur ni induration.

13 nov. On découvre un abcès à la cuisse gauche, au point où l'on avait fait une injection hypodermique. — Incision et pansement.

20 nov. Nouvelle poussée de mammite douloureuse à droite.

22 nov. Toute la moitié supérieure du sein droit est tuméfiée et très douloureuse. Téguments normaux. Aucune sécrétion au mamelon. — Un ganglion de la grosseur d'un haricot au sommet de l'aisselle.

La mamelle est enduite de pommade à l'ichtyol.

28 nov. Résolution complète de la poussée de mammite.

Oscillations thermiques pendant quelques jours dépassant 37° chaque soir.

5 déc. On remarque au niveau du sein droit une induration très limitée et douloureuse.

8 déc. L'induration a disparu ainsi que la douleur. Abcès à la face antérieure de la cuisse droite ; il est incisé et pansé. — La température qui s'était élevée à 38°8 redescend rapidement.

20 déc. La malade se lève.

25 déc. La malade sort complètement guérie.

Mammites suppurées

OBSERVATIONS XIII ET XIV

E. Destrée. — *Journal de méd., de chir. et de pharm.* de Bruxelles, 1891.

Homme de 26 ans. Abcès du sein droit au 3e septénaire. Staphylococcus pyogenes aureus, seul.

Homme de 37 ans. Abcès du sein droit au 3e septénaire (fin). Staphylococcus pyogenes aureus, seul.

OBSERVATIONS XV ET XVI

Pr. Curschmann, de Leipsig; *Traité de pathologie*, publié sous la direction de M. le Pr Nothnagel (Vienne).

L'auteur cite le cas de deux jeunes gens chez lesquels survint une mammite au cours d'une fièvre typhoïde. C'est incidemment qu'il relate le fait sans s'y arrêter plus longuement.

Ce sont les seuls cas de mammite survenant chez l'homme au cours de la fièvre typhoïde, qui nous sont signalés. Le staphylocoque doré fut seul décelé dans les deux cas de mammite suppurée chez l'homme.

OBSERVATION XVII

CHARLOTTE WEST. — The Philadelphia Polyclinic, 1898. (*Revue générale de path. int.*, 1898).

Fièvre typhoïde ; à la 3e semaine, gonflement des seins ; à la 4e semaine, thrombo-phlébite dans les bras, les jambes et les seins, avec suppuration.

Jeune fille de 17 ans, chez laquelle le séro-diagnostic est positif.

A la 3e semaine d'une fièvre typhoïde à évolution ordinaire, apparaît un gonflement très douloureux des seins. La douleur et l'œdème subsistent *et à la 4e semaine* l'on observe des élevures et des taches hémorragiques (thrombo-phlébite) à la partie externe de la jambe droite à la cuisse gauche, au sommet du triangle de Scarpa, aux seins et aux bras. Il y eut suppuration dans un bras, une jambe et les deux seins.

OBSERVATION XVIII

CAPELLARI. — *Corriere sanitario*. Milano, 1900.

Fièvre typhoïde ; à la quatrième semaine, mammite avec abcès. — Ouverture de l'abcès. — Guérison.

Jeune fille de 15 ans atteinte de fièvre typhoïde. A la *4e semaine* l'on remarqua que le sein gauche était gonflé ; le gonflement ne fit qu'augmenter, le sein devint dur et la température qui était devenue normale remonta de nouveau. Finalement on perçut de la fluctuation, l'abcès fut ouvert et la fluctuation s'en suivit. Ni le mamelon, ni les ganglions de l'aisselle ne furent pris.

OBSERVATION XIX

Davis Patterson et Hewlett. — *American Journal of med. Sc.*, 1901. (*Revue générale de Path. int.*, 1902)

Femme de 34 ans, entrée au New-York-Hospital pour une fièvre typhoïde qui n'offre rien de particulier dans ses différents stades Au 36e jour, la température est redevenue normale; le 39e jour, la malade commence à se plaindre de douleurs dans le sein gauche qui se met à gonfler vers le 41e jour. Le lendemain le sein droit devient sensible à la pression. Le gonflement et la douleur du sein gauche augmentent, le 51e jour il y de la fluctuation et une ponction aspiratrice fournit du pus. Le sein droit est très tendu et très dur. La température s'élève (39°4) le soir pour redevenir normale au matin. Le pouls est accéléré, il dépasse 103. L'ouverture du sein gauche est faite le 51e jour et on recueille 150 cc. de pus. La guérison survient sans incident et l'engorgement du sein droit disparaît graduellement.

Dans les cultures faites avec le pus de l'abcès du sein on isola le bacille d'Eberth.

OBSERVATION XX

Mac Conkey. — *Brit. Med. Journ.*, 1902. (*Revue générale de Path. interne*, 1902).

Fièvre typhoïde. — Arthropathie du genou. — Abcès mammaire, sept mois après le début de la maladie.

Femme de 38 ans atteinte de fièvre typhoïde.

A la suite de la maladie survient une arthropathie douloureuse du genou ; puis sept mois après le début de la fièvre typhoïde, il se fit un abcès mammaire d'où sortit un liquide séro-purulent où l'on trouva des bacilles donnant tous les caractères de culture du bacille d'Eberth. A une

dilution au 1/30 on avait, avec le liquide de l'abcès, une réaction agglutinante complète avec un bacille typhique de laboratoire et avec celui de la malade.

OBSERVATION XXI

THOMAS MAC CRAE. — John Hopkins Hosp. Bull. Balt., 1902.

Fièvre typhoïde légère. — Pendant la convalescence, abcès du sein droit.— Ouverture de l'abcès et guérison rapide.

L. L. ., femme mariée, âgée de 32 ans, admise le 5 septembre 1901, dans le service du professeur Osler, au John Hopkins Hospital, au 15e jour de sa maladie. Son enfant âgé de 20 mois fut admis avec elle et c'était elle qui jusqu'au jour de son entrée l'avait nourri. Comme cet enfant avait 103° F (39°4) de température et de la diarrhée, on pensa tout d'abord qu'il était atteint lui aussi de fièvre typhoïde, mais on diagnostiqua ensuite une gastro-entérite qui dura peu et dont il guérit rapidement. Chez lui d'ailleurs la réaction de Widal fut négative.

La maladie de la mère n'offrit rien de particulier. Légère secrétion des seins ne présentant rien d'anormal. Réaction de Widal positive. La température redevint normale le 17 septembre, 26e jour de la maladie. Le 21 septembre, 30e jour, elle se plaignit d'une légère douleur dans le sein droit et l'on trouva la partie inférieure et externe du sein gonflée avec rougeur de la peau. Le jour suivant on perçut de la fluctuation; sein gauche normal. 8000 leucocytes par c.c. L'abcès fut ouvert et on obtint environ 40 c. c. de pus. Des cultures décelèrent la présence de staphylocoques blancs, l'on n'y découvrit pas de bacilles d'Eberth. Malgré la mammite la température ne s'éleva pas

La maladie suivit son cours normal, la plaie se cicatrisa rapidement et la malade sortit le 30 septembre, 39e jour de sa maladie.

OBSERVATION XXII

Thomas Mac Crae.— John Hopkins Hosp. Bull. Balt., 1902.

Fièvre typhoïde grave ; mammite le 30e jour. – Suppuration. – Incision. Guérison

M. W. ., négresse, mariée, âgée de 27 ans, admise le 19 juillet 1900, dans le service du professeur Osler, au John Hopkins Hospital, au 14e jour de sa maladie. Rien à signaler avant le 29e jour, quand les premiers symptômes de mammite furent reconnus.

La température dans la semaine précédente n'avait pas dépassé 102° F. (38,8), oscillant entre 100° et 101° F. (37°7-38°3). Le 4 août, 30me jour de la maladie, on perçoit dans la partie supérieure et extérieure du sein gauche une masse dure, du volume d'un œuf de poule, très douloureuse et très sensible à la pression. Le sein était légèrement gonflé mais il n'y avait pas de rougeur. Il y avait une sensibilité très marquée et une faible sensation de fluctuation. Le jour suivant la rougeur apparaît et le soir la température monte à 104° F (40°). Le 9 août, 35e jour, le sein fut incisé à la partie supérieure gauche et on recueillit une quantité assez considérable de pus. La température qui avait été à 99°3 F. (37°4) le matin, s'éleva à 104° F. (40°) à midi. Le jour suivant on fit une incision à la partie inférieure gauche, mais sans trouver de pus. Les jours suivants, la température ne tarda pas à tomber, redevenant normale au 46me jour. Le gonflement du sein diminua rapidement, et la plaie se referma le 22 août, 48me jour.

Lorsque par deux fois la température s'éleva à 104° F. (40°), la malade ne ressentit aucun frisson.

OBSERVATION XXIII

(Inédite)

B. Albine, âgée de 35 ans, domestique, entre le 10 décembre 1906 dans le service du professeur Grasset, salle Espéronnier, N° 11.

Antécédents personnels. Fièvre typhoïde à 6 ans. Deux grossesses conduites à terme : la première, il y a quatre ans; accouchement au forceps ; mort de l'enfant ; la deuxième, il y a deux ans et demi : accouchement normal ; l'enfant a été nourri par la mère jusqu'à l'âge de 15 mois. Pas de complications du côté des seins durant l'allaitement.

Maladie actuelle. — Début vers le 3 décembre par anorexie, courbature générale, céphalée, douleurs abdominales. La malade a présenté depuis des nausées, des vomissements, de la diarrhée.

10 décembre. Anorexie, langue sale, rouge à la pointe ; nausées, diarrhée. Céphalée. Tuphos.

Température : 39°5 le soir. Pouls : 104.

Purgation. — 4 bains.

11 décembre. Taches rosées et séro de Widal faiblement positif. T. 39°5 et 39°6.

13 décembre. *Vomissements* abondants, ventre ballonné. T. 38°8. Pouls 80.

Vessie de glace sur l'abdomen. Champagne.

15 décembre. Les vomissements ont cessé. Douleurs abdominales. Petite *hémorragie intestinale*. T. 38°5.

Chlorure de calcium : 4 gr. Caféïne : 0,50.

16 décembre. Selles encore noirâtres; ergotine, lavement de sérum gélatiné.

17 décembre. L'hémorragie a cessé. Crise de dyspnée brusque. T. 38. Pouls 96.

18 décembre. *Vomissements* ; mauvais état général ; cœur : premier bruit sourd. Caféine 1 gr.

19 décembre. Plusieurs crises de dyspnée avec cyanose. T. 35. Pouls 92. Cœur : bruits très sourds et affaiblis ; un peu d'embryocardie. Caféine, huile camphrée.

20 décembre. Nouvelle *hémorragie intestinale.* T. matin $38^{o}5$. Soir $38^{o}8$.

21 et 22 décembre. Epistaxis assez abondantes.

23 décembre. Vomissements. T. m. 37. S. $37^{o}7$.

26 décembre. La température est remontée à $38^{o}5$, mais baisse ensuite sous l'action du pyramidon administré à la dose de 0.30 pendant trois jours.

28 décembre. Apyrexie : T. $36^{o}6$-37°. Petite *hémorragie intestinale* ; la malade entre en convalescence.

10 janvier. La malade restée apyrétique depuis le 28 décembre et alimentée depuis le 31 décembre commence à se lever.

2 février. La malade allait quitter le service lorsqu'elle nous montre une *tuméfaction du sein gauche* dont elle souffre depuis quelques jours et qu'elle a tenue cachée par crainte du bistouri. Les débuts en remontent à une quinzaine de jours. Vers le 15 janvier elle ressentit un peu de douleur et de démangeaison au niveau du mamelon gauche. Elle y constata une légère induration de la grosseur d'une bille un peu au-dessus du mamelon. Cette induration aurait grossi peu à peu. Les douleurs auraient été assez légères et sans irradiations d'aucune sorte.

Nous constatons alors, au-dessus et en dedans du mamelon, une zone rougeâtre et une masse douloureuse à la pression de la grosseur d'un œuf de poule, dure, résistante, mobile sous la peau et sur les plans profonds, ne présentant aucun point de fluctuation. Pas de ganglions dans l'aisselle.

La température est normale.

Nous portons le diagnostic de *mammite* et commençons les pansements humides.

5 février. Dans le quadrant inféro-interne, siège de la tuméfaction, semble apparaître la fluctuation en un point voisin du mamelon. Les douleurs ont augmenté sans cependant être vives. La température le soir ne dépasse pas 37°9 et le soir suivant 37°6.

9 février. La tuméfaction a envahi toute la glande, prédominant toutefois dans le quadrant inféro-interne où la rougeur et la chaleur ont atteint leur maximum et où la fluctuation est maintenant très nette. Les ganglions axillaires sont durs et douloureux à la pression. Malgré les signes de suppuration manifeste, la température est de 36°4. Nous décidons la malade à une intervention immédiate.

Incision radiée de trois à quatre centimètres au point fluctuant sous anesthésie au chlorure d'éthyle. Il s'écoule une quantité assez considérable (environ un verre à Bordeaux) d'un pus verdâtre, sans odeur particulière, sous tension dans une cavité assez profonde intra et rétro-mammaire où le doigt se promène assez facilement. Un peu de pus est recueilli aseptiquement.

La cavité est drainée à la gaze. Pansement humide.

10 février. Le pus, lors du premier pansement, s'écoule encore en assez grande quantité, quand on exprime la cavité de l'abcès. Un petit drain en caoutchouc est placé dans cette cavité. T. matin : 38°1. Soir : 37°6.

Depuis la malade n'a plus de fièvre. Le drain a été enlevé. La suppuration s'est tarie et la malade est sortie du service le 20 février, la plaie opératoire presque complètement cicatrisée.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DU PUS

Par M. Delanoe, préparateur de microbiologie

Infection polymicrobienne, pas de streptocoque ni de staphylocoque ; quelques colonies microbiennes liquéfiant la gélatine.

De certaines de ces colonies, les plus nombreuses, on isole un bacille mobile présentant l'aspect coli ou Eberth, ne prenant pas le Gram, donnant sur gélatine une culture blanchâtre, visqueuse, non transparente ; sur agar présentant l'aspect coli ; ne donnant pas de fluorescence avec le rouge neutre ; ne rougissant pas le milieu Grimbert. Ce bacille n'est ni un coli, ni un Eberth. Il présente certains caractères du paratyphique B, mais en diffère notablement par d'autres : il ne possède pas notamment d'action zymotique sur l'agar glycosé, principale réaction du paratyphique B.

TABLEAUX

résumant les Observations

A.— Mammites

AUTEURS	SEXE	AGE	PROFESSION	FORME de la fièvre typhoïde	DATE de l'apparition de la mammite au sein	
					D	G
Leudet (Obs. I)	F.	28	Ouvrière en parapluies	Adynamique	19e	»
Leudet (Obs. II).	F.	23	Dévideuse	Id.	22e	22e
Leudet (Obs. III).	F.	21	Marchande de légumes	Id.	21e	25e
Leudet (Obs. IV).	F.	27	Lingère	Id.	»	23e »
Leudet (Obs. V).	F.	23	»	Id.	28e	»
Delgrange (Obs. VI).	F.	22	»	Id.	13e	10e
Th. Mac Crae (Ob. VII)	F.	25	»	Id.	13e	18e 52e
Ch. Garnier (Obs. VIII).	F.	37	Brodeuse	Id.	»	39e
Hanriot (Obs. IX).	F.	42	Femme de ménage	Id.	»	58e
Fornaca (Obs. X).	F.	40	»	Id.	29e	42e
Lichtheim (Obs. XI).	F.	35	»	Id.	»	27e
P. Guiraud (Ob. XII).	F.	22	Ménagère	Id.	29e	33e

non suppurées

EVOLUTION de la mammite	DURÉE	PARTICULARITÉS concernant la glande mammaire	AUTRES complications
Engorgement douloureux avec accélération du pouls (120) — Résolution.	Plus de 15 jours	Une grossesse sans allaitement	Hémorrhagie utérine.
Engorgement simultané des deux seins.— Résolution.	Plus de 17 jours	»	Hémorrhagies utérines. Muguet.
Engorgement successif des deux seins. — Résolution.	15 jours	»	Epistaxis très abondantes.
Engorgement douloureux avec sueurs considérables.— Résolution.	10 jours	Un allaitement pendant 2 ans 1|2. Une grossesse sans allaitement il y a 8 mois.	Gonflement douloureux de la rate et du foie. Petit abcès sous-cutan.
Engorgement douloureux.— Résolution.	9 jours	»	Hémorrhagie intestinale.
Œdème mamelonnaire et aréolaire.— Résolution.	14 jours	Grossesse au 4e mois	Bronchite.
Première atteinte de mammite dans les deux seins sans élévation de température.— Résolution.— Deuxième poussée de mammite dans le sein gauche avec T. 39°4. Résolution.	10 jours 14 jours	Il y a 8 mois, a allaité pendant 10 mois.	Rechute.
Engorgement douloureux avec élévation de température (40) Pouls, 130.— Résolution.	15 jours	Deux grossesses	Périchondrite suppurée. Hémorrhagie intest. tardive.
Engorgement douloureux avec élévation de température (38°7).— Résolution.	15 jours	Trois grossesses dont la dernière date de 10 mois.	Aphonie. Erythème. Bronchopneumonie avec épanchement bilatéral. Accélération paralytique du cœur.
Tuméfaction très douloureuse avec élévation de température (40) pour le sein droit. 13 jours après, tuméfaction du sein gauche avec élévation de température (39°3). — Résolution.	25 jours	Trois grossesses avec tuméfaction des seins pour les deux dernières.	Bronchite et petits abcès sous-cutan.
Douleur.— Induration.— Résolution.	8 jours	»	»
Engorgement douloureux. — Résolution.	11 jours	Nourrissait son enfant qu'elle a sevré au début de la maladie.	Retentissement ganglionnaire

B.— Mammites

AUTEURS	SEXE	AGE	PROFESSION	FORME de la fièvre typhoïde	DATE de l'apparition de la mammite au sein	
					D	G
E. Destrée (Obs. XIII).	H	26	»	Adynamique	16e	»
Id. (Obs. XIV).	H	37	»	»	20e	»
Curschmann (Ob. XV).	H	»	»	»	20e	»
Id. (Obs. (XVI).	H	»	»	»	»	»
Ch. West (Obs. XVII).	F	17	»	»	16e	16e
Cappellari (Ob. XVIII).	F	15	»	»	»	22e
Davis Patterson et Hewlett (Obs. XIX).	F	34	»	»	42e	39e
Mac Conkey (Obs. XX)	F	38	»	»	7 mois après le début de la fiév. typ.	
Thomas Mac Crae (Obs. XXI).	F	32	»	»	30e	
Thomas Mac Crae (Obs. XXII).	F	27	»	»	»	29e
Henning.	»	»	»	»	»	»
Roger (Obs. XXIII).	F	35	Domestique	»	»	60e

suppurées

EVOLUTION de la mammite	DURÉE	PARTICULARITÉS concernant la glande mammaire	AUTRES complications
Suppuration.— Guérison	»	»	»
id.	»	»	»
Aucun détail	»	»	»
id.	»	»	»
Gonflement.— Douleur.— Suppuration.— Guérison.	»	»	Thrombophlébite
Gonflement douloureux. — Au bout de quelques jours : élévation de T. Suppuration.— Guérison.	»	»	»
Engorgement douloureux du sein gauche, puis du sein droit. — Fluctuation et ouverture de l'abcès du sein G.— Résolution pour le sein D. Elévation de la T. lors de la collection du pus. Leucocytose (13200).	»	»	»
Abcès suppuré	»	»	Arthropathie du genou.
Douleur et gonflement du sein. Fluctuation le lendemain.— Ouverture de l'abcès.— Guérison.	»	Nourrit son enfant	»
Tuméfaction douloureuse avec fluctuation 3 jours après. Elévation de T (40°). Incision.— Guérison.	»	»	»
Aucun détail.	»	»	»
Douleur et gonflement du sein. Tuméfaction.— Fluctuation et suppuration. — Incision. — Guérison.	33 jours	A nourri son enfant jusqu'à l'âge de 15 mois.	Hémorrhagies intestinales

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

I. — La mammite est une complication rare de la fièvre typhoïde.

II. — Elle apparaît le plus souvent au déclin de la maladie ou au cours de la convalescence.

III. — On en a observé chez l'homme, mais elles sont beaucoup plus fréquentes chez la femme.

IV. — Les phases fonctionnelles de la glande mammaire constituent des facteurs étiologiques importants.

V. — Elle paraît due au bacille d'Eberth quand elle ne passe pas à la suppuration, et la voie d'infection serait alors la voie sanguine.

VI. — Lorsqu'elle se termine par la suppuration, elle est due, soit au bacille d'Eberth devenu pyogène, soit aux microbes pyogènes vulgaires.

VII. — Elle n'a aucune influence sur le pronostic.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 avril 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 avril 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ACHALME.— *Semaine médicale*, 1890, p. 224.

ACHARD.— *Semaine médicale*, 1896, p. 303.

BERG.— *Deut. Archiv. f. Klin. Med.* 1895, p. 161.

BROUARDEL ET THOINOT.— La fièvre typhoïde, 1895.

CAPPELLARI.— *Corriere sanitario*, Milano, 1900.

CHANTEMESSE.— Société méd. des Hôpitaux, 11 juillet 1890 et 20 février 1891.

— Traité de médecine de Bouchard et Brissaud. Congrès de Médecine de Montpellier, 1898. t. 2.

CONKEY MAC.— *Brit. Med. Journ.*, 1902 (in *Revue générale de Path. interne*, 1902).

CURSCHMANN.— Specielle Pathologie und Therapie von H. Nothnagel.

DAVIS PATTERSON AND HEWLETT.— *Amer. Jour. of. the. med. sciences* 1901 (in *Revue générale de Pathologie interne*, 1902).

DELGRANGE.— *Journal des Sc. méd. de Lille*, 1880.

DEHU.— Thèse, Paris, 1893.

DESTRÉE.— *Jour. de méd., de chir. et de pharm.* de Bruxelles (août 1891).

EBERMAIER.— *Deut. Archiv. f. Klin. med.* XLIV, p. 550.

FLORANGE.— Thèse, Paris, 1902.

FORNACA.— *Riforma medica*, 1900.

— *Gazette des hôpitaux*, 25 mai 1901.

GUIRAUD.— *Montpellier médical*, 3 février 1907.

Hanriot. — Thèse, Nancy, 1904.

Holscher.— Münch. med. Vohen, 1891.

Leudet.— Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1875.

Orloff.— Centralblatt f. backt., 1890.

Raymond.— Société méd. des hôpitaux, 1891.

Roger.— Société des sciences médicales, 19 avril 1907.

Roux.— *Lyon médical*, 1888.

Scheele.— Stat. des Typhus sectionen Münich, 1885.

Sorel.— Société méd. des hôpitaux, 1889.

Tavel.— Uber die Etiologie der Strummitis. Bâle, 1892.

Thomas Mac Crae. — John Hopkins Hosp. Bull. Balt., 1902.

Vallin.— Société clinique de Paris, 1877.

West Ch.— The Philadelphia Polyclinic, 1898 (in *Revue générale de Path. int.*, 1898).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
